FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

NOTICE

SUR

LES TRAVAUX

DU

Docteur TRACOU

CANDIDAT POUR LA FACULTÉ DE LILLE

(Section d'accouchements)

TITRES, FONCTIONS, DISTINCTIONS UNIVERSITAIRES

1881. — Bibliothécaire universitaire (Concours de 1881).
1883. — Bibliothécaire des facultés des sciences et de médecine de Lille.
1887. — Officier d'Academie.
1889. — Bibliothécaire en chef.

1889. — Docteur en médecine.
1890 — Attaché à la clinique obstétricale de Lille.
1891-92. — Chef de clinique obstétricale.

ENSEIGNEMENT

1891 (juillet décembre). — Conférences cliniques aux élèves sage-femme.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE PROLAPSUS DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(*Archives de tocologie*, 1891)

Les observations de prolapsus de l'utérus gravide ne se rapportent pas toujours à un véritable prolapsus, il y a simplement un allongement hypertrophique du col, qui en a imposé souvent aux accoucheurs. C'est pour contribuer à éviter de nouvelles erreurs que l'auteur s'appesantit sur les signes cliniques différentiels des deux affections, qui permettent d'établir avec certitude le diagnostic. Le pronostic diffère absolument, et la marche du travail n'est pas la même dans les deux affections.

S'appuyant sur des observations cliniques jointes au mémoire, on peut penser que l'allongement hypertrophique mentionné n'est pas l'allongement décrit par Huguier, mais bien une affection d'origine purement gravidique et dès lors très intéressante pour l'accoucheur.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS LES ARTHRITES DE LA GROSSESSE

(En collaboration avec M. Bué)
Archives de tocologie, janvier 1892

Nous n'avons pas eu dans ce mémoire essentiellement clinique l'intention de rechercher l'étiologie et la pathogénie des arthrites gravidiques. Ce sera l'objet d'une publication ultérieure.

Mais nous avons eu la bonne fortune d'observer à la clinique du professeur Gaulard quelques cas de ces arthrites, dont le pronostic est donné comme très grave par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Or, grâce au traitement qu'emploie le professeur Gaulard, nous avons vu les malades guérir, alors que l'on pouvait craindre une perte complète de l'usage du membre en suivant les pratiques usitées. C'est sa méthode, qui n'est autre que l'accouchement prématuré, que nous avons voulu faire connaître aux accoucheurs, pour qu'ils puissent l'expérimenter.

Les auteurs qui ont observé des arthrites de cette nature ont bien remarqué que, lorsque l'accouchement se produit accidentellement avant terme, l'amélioration est considérable, mais aucun, par une contradiction, qui semble inattendue, n'en a conclu qu'il faut de propos délibéré provoquer l'accouchement pour éviter les ankyloses graves.

DE L'INFLUENCE DE LA COXALGIE SUR LA CONFORMATION DU BASSIN

(*Thèse de doctorat*, 1889, 150 pages)

Les traités classiques ne nous donnent pas de notions précises sur le bassin déformé par coxotuberculose. On ne le différencie pas du bassin formé par luxation unilatérale. Rokitansky, Lenoir, Guéniot ne pensent pas autrement, puisque ce dernier a proposé le nom de bassin iléofémoral pour tous les bassins compliqués de luxations du membre inférieur.

Cependant à propos de la grande discussion sur la pathogenie du bassin oblique ovalaire, quelques faits sont signalés, qui montrent bien que ce type unique ainsi créé est insuffisant. Depuis, la description de bassins coxotuberculeux d'un nouveau type a été donnée par les auteurs, ce qui achève d'embrouiller les idées à ce sujet.

Aussi il nous a semblé que le fil conducteur qui pouvait nous servir à débrouiller la question était de prendre la cause même de la déformation, la coxotuberculose. En suivant son évolution, nous avons pu constater qu'à chacune de ses périodes correspondait une modalité de déformation pelvienne.

Un autre élément extrêmement intéressant est venu s'ajouter. C'est celui de l'influence du traitement sur la coxalgie et, par contre-coup, sur la déformation elle-même. C'est un point nouveau, et dont la conséquence pratique ne manque pas d'importance, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Nous avons été conduit à nous occuper de l'anatomie pathologique des lésions coxotuberculeuses, et surtout de celles qui portent sur le bassin. Nous avons un guide excellent dans les travaux du professeur Lannelongue. La conclusion importante au point de vue obstétrical, c'est que dans aucun cas l'os coxal du côté de la coxalgie ne reste à l'état normal. Il est toujours modifié par la maladie elle-même, que ce soit par une ostéite attaquant tout l'os, que ce soit par perforation du fond de la cavité cotyloïde, que ce

soit par des abcès se formant sous le périoste du côté de la cavité pelvienne.

Dans aucun cas l'os n'est mince comme dans la luxation coxo-fémorale simple ; l'os malade a bien une hauteur moindre, sa crête iliaque est moins longue, mais il est constamment épaissi.

Voilà pour les déformations tenant à la maladie elle-même.

Quant à celles du côté sain, qu'on observait si souvent autrefois, elles sont des lésions secondaires tenant à l'attitude vicieuse du corps, et se produisant sous les mêmes influences que celles du côté sain dans le bassin par luxation simple.

Je ne fais que mentionner les lésions à distance par atrophies, et celles qui sont dues à la luxation elle-même quand elle se produit.

Ce qu'il faut retenir, c'est que jamais le côté malade, même dans les cas où le côté sain est le plus déformé, n'est intact : il porte toujours des traces de l'affection tuberculeuse qui l'a atteint.

On voit quelle importance cela peut avoir au point de vue obstétrical, et quelle différence il y a avec le bassin déformé par luxation simple. Vous avez affaire à un bassin coxalgique, dites-vous, *a priori*, que le côté malade est déjà déformé, mais n'oubliez pas que secondairement le côté sain peut l'être davantage. Vous n'aurez donc pas affaire à un bassin déformé simplement d'un seul côté, mais à un bassin dont les deux moitiés sont atteintes.

I. — ANATOMIE

Coxalgie à la première et à la seconde période

La coxalgie guérie à la première période ne donne pas de déformation pelvienne appréciable. Nous croyons pouvoir le conclure de considérations malheureusement plus théoriques que pratiques, car nous n'avons pu le faire sur aucune autopsie.

A la deuxième période, les lésions sont beaucoup plus marquées, mais c'est une période de transition, car la coxotuberculose ne s'ar-

rête rarement, pour ainsi dire jamais, à cette phase de son évolution. Nous avons montré que le type de bassin coxalgique pur, que Blasius avait décrit comme se rapportant aux déformations caractéristiques de cette période, est manifestement un bassin non pas seulement déformé par la coxalgie, mais aussi par l'influence des pressions du tronc et des contre-pressions sur le côté sain.

Coxalgie à la troisième période

C'est la période qui nous fournit les documents les plus nombreux et les plus intéressants.

Plusieurs subdivisions sont nécessaires.

PREMIER CAS. — COXALGIE GUÉRIE PAR ANKYLOSE SANS LUXATION

La coxotuberculose ne peut plus être donnée comme cause seule, il faut faire intervenir les causes indirectes. Ces causes indirectes proviennent de l'absence d'usage du membre malade, et par suite de la surcharge du membre sain. C'est cette inégale répartition du poids du corps sur une des cavités cotyloïdes qui a pour conséquence de repousser son fond en haut et en arrière vers la cavité du bassin, et d'entraîner avec elle toute la ligne innommée, qui est redressée.

C'est donc le plus souvent du côté sain que le bassin prendra son obliquité. Autrefois on considérait cette forme comme unique, comme la seule. Nous montrons qu'il n'en est pas ainsi, et nous étudions successivement le bassin déformé uniquement du côté malade, et le bassin déformé du côté sain.

A. — *Bassin avec rétrécissement du côté malade*

Nous ne pouvons redonner la description de cette forme pelvienne, mais elle est bien établie par des observations précises (Blasius, Güsserow, Spiegelberg).

L'explication en est intéressante. Dans un premier cas, la malade meurt sans s'être levée, il ne peut donc y avoir de déformations

secondaires, dues à la pression sur le côté sain. Dans un autre cas, c'est par suite de l'atrophie de l'aileron du sacrum du côté de la coxalgie que s'est produite surtout la déformation. Quant à un troisième cas, l'explication ne diffère guère de celle du premier.

B. — *Bassin avec rétrécissement du côté sain*

C'est le type le plus commun et celui qui avait servi de base aux anciennes descriptions. Ce bassin ressemble, aux lésions coxotuberculeuses près du côté malade, au bassin dit iléofémoral, mais il est à remarquer que les lésions au détroit inférieur sont inverses de celles qui siègent au détroit supérieur.

DEUXIÈME CAS. — COXALGIE TERMINÉE PAR LUXATION

C'est une terminaison rare de la coxalgie, et qui le deviendra davantage encore grâce aux progrès du traitement. Il est en effet difficile de trouver des observations de bassins avec luxations coxalgiques, tandis que les cas où l'on trouve des luxations congénitales ou d'origine traumatique sont très communs.

Nous avons montré qu'il y avait une différence et qu'elle consistait en ce que la moitié correspondant au côté coxalgique n'est pas agrandie comme dans le bassin à luxation iléofémorale; elle est anormale de forme et plus petite que dans un bassin non touché par la tuberculose.

TROISIÈME CAS. — COXALGIE COMPLIQUÉE DE SYNOSTOSE SACRO-ILIAQUE DU MÊME COTÉ OU DU COTÉ OPPOSÉ

C'est un des chapitres les plus intéressants, mais il n'a pas été possible de donner une explication certaine des cas, très rares, il est vrai, où la coxalgie se trouve du côté opposé à la synostose sacro-iliaque. Laissant de côté ces cas, il est possible de prouver que le bassin synostosique avec coxalgie du même côté que l'ankylose sacro iliaque tend à se rappprocher du type Robert-Dubois; c'est là le caractère qui différencie nettement cette forme du bassin oblique ovalaire pur de Naegelé.

De l'influence des traitements sur les déviations pelviennes

L'idée de rechercher quelle influence le traitement peut avoir sur la constitution des déformations pelviennes est absolument nouvelle. Personne avant nous ne s'était préoccupé de cette question, qui a pourtant une conséquence pratique, c'est celle de choisir comme traitement celui qui occasionnera le moins de déformations pelviennes.

Un an après nous, le Dr Demelin est arrivé à des conclusions analogues, et depuis le Dr Prouvost, dans une thèse volumineuse et appréciée, a adopté, textuellement le plus souvent, nos conclusions.

Nous nous demandons d'abord si la résection hâtive doit être la méthode de choix. Mais nous la réservons, après une courte discussion, pour les cas graves que l'extension et l'immobilisation n'ont pu arriver à guérir.

A. — Immobilisation

C'est la méthode la plus employée. Les deux appareils principaux qui permettent de l'appliquer sont la gouttière de Bonnet et l'appareil de Verneuil.

Nous faisons à tous deux le même reproche. C'est que la marche est permise trop tôt : dès lors le côté sain sera déformé de ce fait. Mais les déformations du côté malade pourront se faire en dehors de la surveillance du médecin, et les ostéites avec suppuration et toutes leurs conséquences ne seront pas rares.

B. — Extension continue

Nous ne nous attarderons pas sur l'emploi des appareils américains, tels que celui de Sayre, ou bien sur l'appareil de Lefort. Nous croyons qu'il est ainsi impossible de réaliser une extension véritable, et nous arriverons tout de suite à l'extension continue dans le décubitus.

C'est la méthode préconisée et pratiquée en France par le pro-

fesseur Lannelongue, et nous pouvons dire dès à présent que, si l'on suit à la lettre la prescription du maître, nous aurons la déformation minimum du côté du bassin, tant du côté du malade que du côté sain. Ce dernier côté ne doit être en aucune manière vicié.

C. — Immobilisation combinée avec l'extension

Nous n'insisterons pas sur ce moyen inférieur au précédent au point de vue obstétrical, et nous donnant de moins bons résultats.

D. — Résection

Nous avons donné notre opinion sur l'emploi de cette méthode en général. Au point de vue obstétrical, même si la résection a été hâtive, nous aurons de moins beaux résultats qu'avec l'extension continue dans le décubitus dorsal.

Si la résection est faite comme opération de nécessité, avant même que l'opération ne soit faite, le bassin pourra être déformé du côté sain. Mais nous avons à nous demander ce qui vaudra mieux comme terminaison de cette opération, de la pseudarthrose et de l'ankylose.

Nous n'avons pas hésité à conclure que l'ankylose, si elle donne un résultat moins beau au point de vue fonctionnel, est bien supérieure à la pseudarthrose au point de vue de la viciation ultérieure du bassin.

La conclusion qui s'impose, c'est que le traitement de la coxo-tuberculose qui conduit à la déformation pelvienne moindre est l'extension continue. Nous croyons qu'il est du devoir du chirurgien, traitant une petite fille qui pourra plus tard devenir enceinte, de se préoccuper de cette question, et d'adopter nos conclusions.

II. — CLINIQUE

La grossesse pourra chez une coxotuberculeuse guérie amener une rechute. Mais il semble qu'il faille croire qu'il n'y avait pas guérison vraie, surtout dans les cas où il y a ankylose fibreuse et non ankylose osseuse.

Mais l'accouchement dans cette déformation pelvienne est le point qui intéresse le plus les accoucheurs. En réunissant nos observations à celles de Prouvost et de Demelin nous arrivons à cette conclusion que, dans 68 cas, il fallut intervenir 38 fois, et par des opérations souvent graves.

Prouvost pense que dans cette statistique la proportion des cas défavorables se trouve augmentée, parce que l'on ne note le plus souvent que les cas dystociques, laissant passer sans les signaler les cas simples. Je ne partage pas cette conviction, et j'estime que tous les cas de bassins déviés par coxotuberculose ne sont pas reconnus, et dans ce cas la dystocie a pu être attribuée à une autre cause. De sorte qu'il est permis de supposer que les cas non rapportes à la coxotuberculose et où il y a eu dystocie compensent ceux où l'accouchement a été spontané.

Aussi avons-nous insisté sur la nécessité de faire un bon diagnostic, et sur ses difficultés, souvent considérables. Nous nous sommes appesanti sur le choix des moyens pour mener à bien les accouchements survenant dans un pareil bassin, surtout sur l'emploi de la version.

Mais il est une conclusion générale : c'est qu'avec les progrès de notre chirurgie moderne, en choisissant le mode judicieux de traitement que nous avons indiqué, nous devons faire passer la statistique que nous avons donnée, pour ainsi dire, dans les faits historiques.

Dans l'avenir, avec des bassins déformés au minimum, nous ne devons plus avoir que des accouchements normaux, ou très légèrement dystociques.

TOURS, IMPRIMERIE DESLIS FRÈRES.